



II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais
Universidade Federal de Santa Catarina
Florianópolis – 23 a 25 de outubro de 2017

DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS FEMININOS: Reflexões ao trabalho do Assistente Social no âmbito dos serviços de saúde pública

SILVA, Lívia Maria*

RESUMO: Ao pautar a atuação do Assistente Social na política de saúde na direção da integralidade da atenção, assumimos o compromisso com a consolidação do projeto de saúde vinculado a um projeto societário de transformação da ordem vigente, articulando os princípios do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), que estruturaram o SUS constitucional na direção da integralidade da atenção, ao Projeto Ético Político do Serviço Social (PEP). Nesta direção, este artigo busca refletir a necessidade de atuação dos Assistentes Sociais sobre os Direitos Sexuais e Reprodutivos Femininos na perspectiva social transformadora das relações sociais e da luta contra os preceitos ideológicos do patriarcado, enquanto contributo para o enfrentamento às situações de violência institucionalizada nos serviços de saúde, que conformam um grau de autoritarismo, discriminação e conservadorismo, refletindo mecanismos de normatização das relações sociais e constituindo práticas avessas ao PEP e a efetivação dos direitos das mulheres.

PALAVRAS CHAVE: Direitos sexuais e reprodutivos; Atuação Profissional; Projeto Ético Político; Integralidade.

INTRODUÇÃO:

Em condições sociais e políticas favoráveis, vivenciamos no Brasil um contexto de Reforma Sanitária, que teve como proposta central a defesa intransigente da universalização das políticas sociais e garantia dos direitos socialmente alcançados pela classe trabalhadora. Tem como suporte a concepção ampliada de saúde, destacando-se como princípios a integralidade da atenção à saúde, intersetorialidade, descentralização política-administrativa, universalização e participação social (CFESS, 2010).

O Sistema Único de Saúde – SUS - emerge enquanto uma das proposições e estratégia do Projeto de Reforma Sanitária, com valores coletivos e universais, bem

* Assistente Social graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); especialista em saúde pública e Serviço Social (UNIFACEX); mestranda em Serviço Social (PPGSS UFRN). Contato: liviamaria_23@hotmail.com



instituídos no escopo da Constituição Federal Brasileira de 1988. A partir de então, a saúde passa a assumir uma dimensão política, estando intimamente relacionada às vias democráticas.

A incorporação de sujeitos coletivos na conjuntura do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) articulou a perspectiva ampliada de saúde aos movimentos sociais, tendo como propostas centrais a universalização do acesso à saúde, concepção de saúde como responsabilidade do Estado, descentralização político-administrativo, democratização do poder por meio dos conselhos de saúde.

Enquanto o país experimentava a efervescência e articulação do MRSB entre as décadas de 1970 e 1980, o movimento feminista, no mesmo período, reivindicava direitos sociais para as mulheres, articulando sua luta pelo direito a autonomia sobre o controle do corpo e sexualidade às demandas de saúde propostas pela reforma sanitária.

Com inegável atuação no campo da saúde, o movimento feminista injetou sua crítica à perspectiva reducionista dos programas de saúde criados entre as décadas de 1930 a 1970, por terem como característica principal ações de teor materno-infantil. Desse modo a organização política do movimento possibilitou a introdução de suas bandeiras na agenda nacional (BRASIL, 2004).

Através da articulação com os demais movimentos sociais em busca da democratização da saúde pública brasileira, o movimento feminista brasileiro teceu colaborações à criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher¹ (PNAISM), incorporando a ideia da reapropriação dos corpos, da sexualidade e do exercício livre dos direitos reprodutivos femininos.

A PNAISM incorpora a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, através da ampliação do conceito de saúde, com fins de promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres através garantia de direitos, ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde; requisitando de uma gama de profissionais, dentre eles o Assistente Social, uma atuação pautada na defesa da melhoria da situação de saúde das mulheres e do fortalecimento da reforma sanitária.

Com Influência conservadora até a década de 1970, a inserção da atuação profissional do (a) Assistente social nos serviços de saúde deu-se a partir do modelo clínico, mediante cooperação vertical e complementar, conformando o teor positivista de sua prática voltada a culpabilização do usuário, no exercício do serviço social médico (MATOS, 2013).

¹ Marco legal brasileiro de garantia dos direitos sexuais e reprodutivos femininos, sendo incorporada a dimensão sexual e reprodutiva numa perspectiva direitos humanos.



Em meio à uma perspectiva conservadora, o serviço social se gestou com fins a atender e responder de forma pragmática as demandas advindas das expressões da questão social. Essa herança conservadora da profissão instigou dentro da categoria a incorporação da teoria crítica marxista, que possibilitou romper, em certa medida, com o pensamento conservador contido no interior das práticas profissionais (BOSCHETTI, 2015).

Desse modo o movimento de aproximação com o materialismo histórico dialético permitiu a profissão sua articulação com os movimentos sociais e atribuiu seu compromisso ético-político com as lutas sociais da classe trabalhadora, se configurando o novo perfil profissional.

Através do projeto ético-político a profissão ancora sua função social e elege seus objetivos, articulando-os ao projeto societário de massas². Em seu núcleo, reconhece a liberdade como valor central, correspondendo a sua dimensão política em favor da equidade, da justiça social e da consolidação e ampliação da cidadania, incorporando a integralidade e promoção da saúde como balizas para consolidar os direitos sexuais e reprodutivos femininos, por meio da defesa intransigente dos direitos humanos do repúdio ao autoritarismo, preconceitos e imposições, “contemplando o pluralismo tanto na sociedade quanto no exercício profissional” (NETTO, 1999).

A IDEOLOGIA PATRIARCAL E A PERSPECTIVA SOCIAL TRANSFORMADORA DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS: UM CAMINHO DE EMBATES

Ao longo do desenvolvimento das práticas sociais de homens e mulheres, tem se atribuído aos homens a capacidade de dominar política, cultural e simbolicamente as mulheres. Nesse percurso, a divisão sexual do trabalho³ assume a noção de complementaridade e cooperação entre os sexos para exaltar a naturalidade de tal divisão, baseando-se no fato das chamadas “limitações naturais biológicas” que estariam imbricadas à condição feminina.

² Compromisso profissional explícito com a massa da população brasileira, propondo a construção de uma nova ordem social, onde não comporta nenhum tipo de exploração e dominação de classe, gênero e etnia (NETTO, 1999).

³ Para Kergoat (2010) as relações sociais de sexo se baseiam em uma relação hierárquica entre o feminino e o masculino e se apresentam como construções sociais, tendo no trabalho sua base material. A divisão sexual do trabalho se traduz, portanto, em uma relação de poder e dominação dos homens sob as mulheres.



Em meio a este processo o patriarcado se constitui enquanto fenômeno onde as relações são essencialmente hierarquizadas; socialmente desiguais. Seria, pois, “um pacto masculino para garantir a opressão de mulheres”. Ao pautar a opressão como mescla da dominação e exploração masculina sob a figura feminina, destaca-se a configuração de uma só realidade de subordinação sistêmica (SAFFIOTI, 2009).

O uso do termo dominação-exploração pela autora se explica a partir da concepção da inexistência de uma relação dicotômica entre exploração capitalista e dominação patriarcal, ambos os processos não se anulam, há sua interdependência.

A base econômica do patriarcado não consiste apenas na intensa discriminação salarial das trabalhadoras, em sua segregação ocupacional e em sua marginalização de importantes papéis econômicos e político-deliberativos, mas também no controle de sua sexualidade e, por conseguinte, de sua capacidade reprodutiva (p. 12).

No campo do feminismo o controle patriarcal da sexualidade e capacidade reprodutiva feminina atrelado a sua subalternização no sistema produtivo de bens de serviços da sociedade de classes, foi alvo de duras críticas, intervenções políticas através de organização interna e com movimentos sociais, com fins a instrumentalizar seu debate em ganhos concretos às vidas das mulheres.

Amplamente discutido no âmbito no movimento feminista, o conceito de direitos reprodutivos femininos, posteriormente legitimou as bases constitutivas para ampliação do debate acerca dos direitos sexuais. Apesar de ser uma discussão relativamente recente, ambos passam a ser reconhecidos enquanto valores democráticos estando inseridos na agenda política de diversos segmentos e organismos nacionais e internacionais.

Na perspectiva feminista aqui adotada, os direitos reprodutivos dizem respeito à igualdade e à liberdade na esfera da vida reprodutiva. Os direitos sexuais dizem respeito à igualdade e à liberdade no exercício da sexualidade. O que significa tratar sexualidade e reprodução como dimensões da cidadania e consequentemente da vida democrática (ÁVILA, 2003, P.2).

A autora compreende o processo de construção dos direitos sexuais e reprodutivos como parte integrante do movimento dialético que baliza a democracia. A condição de sujeitos de direitos permite às mulheres o rompimento com a heteronomia a que sempre estiveram sujeitas, em especial no uso dos próprios corpos “uma vez que todas as regras e tabus que controlaram e reprimiram suas vivências corporais na sexualidade e na reprodução foram historicamente determinadas pelos homens”. Para a autora a repressão e o controle do corpo e da sexualidade são elementos centrais da dominação e reprodução dos valores patriarcais.



A tradição normatizadora de repressão e discriminação acerca da sexualidade e reprodução feminina, propõe também uma concepção de “reprodução livres com base na lógica do mercado, a partir da qual todas as relações da vida social são reduzidas a operações mercantilistas” (ÁVILA, 2003). A autora argumenta que tal ideologia mercadológica corrompe o sentido real de cidadania na medida em que coloca o consumo de mercadorias como meio de alcançar a liberdade.

Diante de um contexto repressivo e moralizador denota-se um bloqueio à liberdade sexual e reprodutiva das mulheres, na medida em que diariamente estão submetidas a variadas formas de violência, seja física, psicológica, moral ou institucional, funcionando como mecanismo ideológico de manutenção da dominação de variados aspectos da vida feminina.

Podemos deste modo, considerar a violência como um dispositivo de excesso de poder, uma prática disciplinar que produz um dano social, atuando em um diagrama espaço-temporal, a qual se instaura com uma justificativa racional, desde a prescrição de estigmas até a exclusão, efetiva ou simbólica. Esta relação de excesso de poder configura, entretanto, uma relação social inegociável porque atinge, no limite, a condição de sobrevivência, material ou simbólica, daqueles que são atingidos pelo agente da violência. (ZALUAR E LEAL, 2001).

Martinez (2008) aponta que a violência institucional é aquela praticada nas instituições prestadoras de serviços públicos, sendo perpetrada por profissionais/gestores que deveriam, obrigatoriamente, proteger e promover saúde às mulheres em variadas situações de violação de direitos. Segundo a autora esse tipo de violência contribui para a consolidação da ordem social vigente, injusta e desigual que precisa ser transcendida, por meio da garantia de:

Uma atenção humanizada, preventiva e também reparadora de dano... O debate sobre a Violência Institucional está diretamente relacionado aos Direitos Humanos, pois é incompatível com a construção de uma sociedade, que respeite plenamente à dignidade da pessoa humana (MARTINEZ, 2008, P. 03).

A incorporação dos direitos sexuais e reprodutivos no rol dos Direitos Humanos conforma uma relação explícita com a construção contemporânea do conceito de cidadania. Desse modo a partir da luta constante pelo reconhecimento da situação de desigualdade socioeconômica e cultural das mulheres há um embate ideológico com os grupos conservadores que buscam imprimir suas concepções morais e religiosas sob a sexualidade e a reprodução feminina, acirrando as disputas no cenário nacional e internacional.

Nesse cenário de acirramento político e ideológico, a questão do aborto aparece ainda, em muitos países, dentre eles o Brasil, enquanto prática ilegal, sendo penalizada juridicamente a mulher que realizar o procedimento.



A criminalização do aborto conforma violação dos direitos humanos, na medida em que sua prática clandestina é a terceira causa de mortalidade materna brasileira e a quinta causa de internações na rede pública de saúde do país. Dada a falta de reconhecimento da questão do aborto e da marginalização da sexualidade e reprodução como problemáticas do campo da saúde pública, a mulher não alcança a perspectiva de integralidade da atenção à saúde, estando ameaçada a perspectiva social transformadora das relações sociais de gênero contida na prerrogativa dos direitos sexuais e reprodutivos, que visam, de modo geral, garantir a integralidade da saúde às mulheres, a liberdade de controle sob o corpo, e a igualdade das relações socialmente estabelecidas.

DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS FEMININOS NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE: REFLEXÕES À LUZ DO PROJETO ÉTICO POLÍTICO

Reconhecida como constituição cidadã, a Constituição Federal de 1988 tem como marco o delineamento de muitos direitos de cidadania. A saúde passa a integrar-se como direito de todos, sendo direcionado ao Estado a responsabilidade de garantia deste direito socialmente conquistado, por meio de políticas econômicas e sociais estruturadas com fins a “redução do risco de doença e de outros agravos”, promovendo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

O texto constitucional delinea o Sistema Único de Saúde (SUS), destacando o seu financiamento público e reconhecendo a relevância das ações e serviços de promoção à saúde.

O SUS aponta como diretrizes organizativas a descentralização político administrativa, atendimento integral e controle social, sendo os seus princípios estruturantes a universalidade, equidade e integralidade da atenção.

Entende-se a perspectiva da integralidade neste debate como central, na medida em que, segundo Mattos (2009), ao tomarmos a integralidade como princípio organizativo das políticas públicas e do trabalho em saúde, imprime-se necessariamente a recusa ao reducionismo e objetivação dos sujeitos, ampliando assim a abertura para o diálogo sobre os processos institucionalizados de promoção à saúde, que envolvem profissionais, gestores e população.

Com a emergência de novas questões de saúde e seus tensionamentos, é requisitado aos serviços de saúde que realizem a apreensão ampliada e integral das reais necessidades de saúde dos grupos populacionais.



A partir do reconhecimento de que certos grupos sociais requisitam respostas de saúde direcionadas, é que surge o que Mattos (2009) categoriza como políticas especiais. Tais políticas são desenhadas especificamente para atender demandas de um certo grupo populacional, como por exemplo o conjunto de políticas públicas direcionadas às demandas das mulheres.

Esse tipo de sentido atribuído a integralidade ganhou legitimidade a partir das contribuições do movimento feminista brasileiro, que influenciou no âmbito do Ministério da Saúde a construção do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), articulando a denúncia ao modo reducionista, moralizante e arbitrário que as demandas de saúde da mulher vinham sendo tratadas nas políticas e nos serviços de saúde.

A falta de articulação com os variados contextos de ordem social, econômica e cultural, vinculava as políticas direcionadas aos problemas de saúde da mulher à uma perspectiva reducionista, sendo as respostas governamentais incipientes e distantes da perspectiva de emancipação humana (que buscasse a superação das formas de dominação e exploração da mulher na atual sociedade de classes). É a partir da crítica feminista à esta realidade que emerge as bases constitutivas das atuais políticas direcionadas a assistência integral à saúde da mulher, tendo a compreensão que apesar dos ganhos nem todas as pautas do movimento feminista foram atendidas em sua integralidade, sendo fragmentadas algumas necessidades (MATTOS, 2009).

Apesar dos avanços a partir da PAISM, Bravo (2009) aponta como tendência atual para a política de saúde o redesenho do modelo biomédico de assistência, por meio da afirmação da hegemonia neoliberal, afastando-se da concepção ampliada de saúde defendida pelo projeto de reforma sanitária; desqualificando a atenção integral à saúde e comprometendo as possibilidades de avanços do SUS.

O Serviço Social, coerente com seus avanços desencadeados em meio ao movimento de reconceituação carrega consigo a denúncia ao histórico de conservadorismo das vanguardas profissionais, que tem como marca, conforme aponta Bravo (2013), o assistencialismo como forma de intervenção para o ajuste das camadas populares, de maneira a acobertar os efeitos nocivos do modelo hegemônico, reafirmando por meio de sua atuação os mecanismos de dominação e coerção do capital.

Neste movimento de renovação da profissão, que se intensifica nas décadas de 1970 e 1980, em um contexto político de crise da ditadura militar brasileira, a categoria dos Assistentes Sociais inicia a recusa e crítica ao conservadorismo que marcava a atuação profissional, dando início a construção do Projeto Ético Político (PEP), hegemônico na categoria.



Por meio da luta contra a ditadura militar foi possível à categoria o rebatimento de projetos societários diferentes, direcionando o serviço social ao projeto societário que responde aos interesses da classe trabalhadora.

O PEP elege os valores que legitimam a profissão e incorpora matrizes teórico-metodológicas compatíveis com as necessidades sociais populares, delimitando os seus objetivos e prescrevendo normas para o pleno exercício da profissão, sendo necessário para que se firme que aja organização política do corpo profissional (NETTO, 1999).

As vertentes críticas inspiradas na tradição marxista se articularam ao projeto societário das massas e redimensionaram a formação profissional a partir da reforma curricular de 1982, inserindo na agenda do serviço social a preocupação com a construção de um novo perfil profissional, crítico e comprometido com a transformação da ordem social vigente. Insurge, então, a ressignificação da prática até então conservadora, destacando-se novos campos de intervenção profissional, dentre eles a política de saúde, sendo esse alargamento fruto do reconhecimento social, por parte da população, da prática profissional do serviço social no interior dos seus variados espaços ocupacionais (NETTO, 1999).

Nesta direção, o PEP elege como princípios fundamentais:

O reconhecimento da liberdade como valor central – a liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolha entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Conseqüentemente, este projeto profissional se vincula a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração/dominação de classe, etnia e gênero. A partir destas opções que o fundamentam, tal projeto afirma a defesa intransigente dos direitos humanos e o repúdio do arbítrio e dos preconceitos, contemplando positivamente o pluralismo, tanto na sociedade como no exercício profissional (NETTO, 1999, P. 15).

Apesar do reconhecimento da hegemonia do pensamento crítico no interior da profissão, Netto (2009) aponta que o conservadorismo, sob novas dimensões, permeia o fazer profissional na atualidade. Segundo o autor essa reatualização do conservadorismo no âmbito do fazer profissional está atrelada à incorporação do pensamento pós-moderno⁴ dentro da formação profissional.

Pensando na legitimação do PEP do Serviço Social e sua necessária articulação com a prerrogativa dos direitos sexuais e reprodutivos femininos inscritos na agenda de luta do movimento feminista, cabe aos assistentes sociais, no âmbito da relação usuário-profissional e profissional-instituição, buscar a garantia e efetivação de tais direitos sociais,

⁴ Boschetti (2015) aponta como tendências do pensamento pós-moderno na formação profissional: 1. Metodologismo que incide na ênfase do tecnicismo. 2. O teoricismo acrítico. 3. Aligüeramento da formação. 4. O pragmatismo (baseado no imediatismo/falta de compromisso político com as transformações societárias).



encaminhando o seu trabalho à perspectiva de totalidade diante das reais necessidades sociais, exercendo crítica a arbitrariedade, ao conservadorismo e as prerrogativas neoliberais tão presentes na política de saúde brasileira na atualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reafirmação da agenda ético-política da reforma sanitária traz consigo novos modelos de saúde pautados na integralidade, intersetorialidade e trabalho interdisciplinar. Esse redesenho, deve imprimir ao trabalho do Assistente Social sua incessante articulação aos princípios da reforma sanitária e defesa do SUS constitucional.

O Serviço Social, que tem como função social no âmbito da saúde, a compreensão dos aspectos sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença, tem o compromisso de responder e entender os problemas de saúde sob a ótica das suas mais variadas dimensões, utilizando como estratégia a oxigenação das práticas profissionais por meio do seu projeto ético político hegemônico.

Conforme Costa (1998) está posto como grande desafio ao Serviço Social articular seu pensamento crítico às práticas de humanização no sentido de romper com práticas individualizantes e conservadoras que conformam o enquadramento dos sujeitos, direcionando sua atuação profissional ao fortalecimento da participação social e da defesa, consolidação e ampliação de novos direitos de cidadania.

Nesse sentido, no âmbito da saúde, em sua perspectiva ampliada, priorizar os direitos sexuais e reprodutivos é fazer valer os princípios contidos no SUS, na medida em que a integralidade, equidade e universalidade fazem do Sistema Único de Saúde uma política democrática que se dirige ao alcance da cidadania.

Assim, a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres baseasse na premissa de que estas devem poder tomar decisões sobre, sua sexualidade, saúde reprodutiva, fertilidade e se e quando querem gestar uma criança; sendo necessário que lhe seja disponibilizado os recursos tecnológicos e humanos indispensáveis para efetivação de seus direitos em uma perspectiva de transformação social, humana e emancipatória.

REFERÊNCIAS

ÁVILA, Maria Bethânia. **Direitos reprodutivos: uma invenção das mulheres reconcebendo a cidadania**. Recife: SOS Corpo, 2003.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos**/ Maria Inês de Souza Bravo. -1 ed.-São Paulo: Cortez, 2013.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **O trabalho nos serviços de Saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais, 1998.**

MARTINEZ, Simone Duran. **Violência Institucional: Violação dos Direitos Humanos da Mulher.** Palestra realizada no II Fórum de Violência contra a mulher/Presidente Prudente-21/11/2008.

MATOS, M. C. **Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional.** São Paulo: Cortez, 2013.

MATTOS, R. A. **Sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos.** In: Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos (orgs). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. 184p.

NETTO, J. P. **A construção do projeto ético-político do Serviço Social** In: In MOTA, A. E. et al. (orgs.). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. P. 141-160.

_____. **A construção do projeto ético político do serviço social.** Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. Capacitação em Serviço Social e Política Social (Brasília, CFESS/ABEPSS/CEAD/UnB, 1999.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. **Ontogênese e filogênese do gênero: Ordem patriarcal de gênero e a violência masculina contra as mulheres.** In: Serie Estudos e Ensaios/ciências sociais-FLACSO: Brasil, junho de 2009.

ZALUAR, Alba e LEAL, Maria Cristina. **Violência extra e intramuros.** REVISTA BRASILEIRA DE CIÊNCIAS SOCIAIS - Vol. 16 Nº45, 2001.